

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА**

***Рябова Т.М.***

*УЗ «Витебская детская областная клиническая больница»*

Острые заболевания дыхательных путей в настоящее время являются одной из самых актуальных проблем педиатрии. По данным эпидемиологических исследований острые респираторные заболевания ежегодно переносят 64% детей; в целом, распространенность заболеваний органов дыхания у детей в 6,3 раза выше, чем у взрослых.

В связи с высоким удельным весом этой патологии в структуре заболеваемости и причин детской смертности эта она стоит в ряду наиболее частых причин госпитализации детей, что определяет актуальность вопросов организации медицинской помощи таким пациентам.

Изучение этиологической структуры и клинических характеристик болезней органов дыхания у пациентов грудного возраста приобретает особое значение для усовершенствования методов диагностики заболеваний. Это приобретает особую актуальность, учитывая неблагоприятную тенденцию к повышению заболеваемости детей, стойкое снижение уровня рождаемости и количества детского населения.

Острой пневмонией следует считать острое воспалительное заболевание легких, диагностируемое по дыхательным расстройствам и физикальным данным, а также инфильтративным очаговым или сегментарным изменениям на рентгенограмме. Требование рентгенологического подтверждения диагноза острой пневмонии привело к снижению показателей заболеваемости за счет уменьшения отмечавшейся ранее гипердиагностики. Однако в настоящее время вновь отмечается увеличение числа случаев острой пневмонии, о чем свидетельствуют статистические данные.

Целью данной работы явилось изучение клинических проявлений при острой пневмонии у детей, находящихся на стационарном обследовании и лечении в инфекционно-боксированном отделении Витебской детской областной клинической больницы за период 2000-2004 годов.

Под нашим наблюдением находилось 100 детей в возрасте от 7 дней до 6 месяцев жизни, у которых была диагностирована острая пневмония.

Анализируя анамнез, мы выявили ряд факторов, неблагоприятно влияющих на характер течения заболевания. Данные анамнеза показали, что внутриутробное развитие детей зачастую протекало в условиях хронической гипоксии вследствие различных соматических и инфекционных заболеваний матери, патологического течения беременности и родов (77%), в 21% случаев беременность заканчивалась преждевременными родами. Патологию перинатального периода (асфиксия новорожденного, церебральная ишемия, нарушение конъюгации билирубина) имели в анамнезе 49% детей. В качестве отягощающих факторов, преморбидного фона были выявлены: гипотрофии (30%), паратрофии (10%), рахит (12%), аллергические диатезы (10%); острые бронхолегочные заболевания в анамнезе имели 16% детей; в 8% случаев имел место отягощенный семейный анамнез по аллергическим заболеваниям и по бронхолегочной патологии.

В 17% случаев дети находились на искусственном вскармливании с рождения, в 49% наблюдения срок грудного вскармливания не превышал одного месяца.

В дополнение к вышесказанному следует отметить наличие экзогенных факторов риска развития заболевания (29% детей были из социально-неблагополучных семей, в 33% квартирно-бытовые условия оценивались как плохие, 39% детей являлись пассивными курильщиками).

Анализ клинической картины позволил выделить **три варианта** течения заболевания.

Наиболее характерным являлось острое начало заболевания с повышения температуры тела до фебрильных цифр (38%). Нередко заболевание начиналось во время или сразу же после перенесенной респираторно-вирусной инфекции. Дети поступали в стационар в течение 1-3 суток от начала заболевания.

Характерными симптомами были изменение поведения – появлялось возбуждение, беспокойство или, наоборот, вялость, апатия; снижался аппетит, иногда до полной анорексии.

Состояние детей быстро и резко ухудшалось, температура тела повышалась, достигая 38<sup>0</sup> и более градусов. В первые часы заболевания появлялись симптомы интоксикации: бледность кожных покровов с сероватым оттенком, цианоз носогубного треугольника, усиливающийся затем за счет дыхательной недостаточности.

При осмотре обращали на себя внимание вялость, снижение спонтанной двигательной активности, мышечная гипотония. Отмечались катаральные явления: насморк, чиханье, малопродуктивный, болезненный кашель.

Типичным признаком являлось учащение дыхания до 60-80 в минуту с участием вспомогательной мускулатуры в акте дыхания (напряжение крыльев носа, втягивание межреберий и надгрудинной ямки, иногда ритмичное покачивание головы). Помимо одышки у некоторых детей можно было наблюдать дыхательную аритмию с кратковременными периодами апноэ (1%).

У большинства больных характерными изменениями со стороны сердца являлись значительные нарушения ритма в виде тахикардии. Число сердечных сокращений достигало 150-220 ударов в минуту. У 8 детей наблюдались такие нарушения ритма, как экстрасистолия, атриовентрикулярная блокада I степени.

Изменения желудочно-кишечного тракта дополнялись срыгиваниями, рвотой, неустойчивым стулом, отсутствовала прибавка массы тела. Такой вариант клинического течения наблюдался нами у 55% детей. Тяжесть течения заболевания, дыхательной недостаточности, симптомов интоксикации и поражения смежных органов и систем требовали проведение суточного мониторинга состояния, интенсивной терапии (33% детей находились в отделении интенсивной терапии и реанимации; 10% пациентов находились на искусственной вентиляции легких).

Второй вариант течения пневмонии характеризовался постепенным началом. Матери отмечали длительность катаральных явлений в виде насморка, покашливания на фоне нормальной или субфебрильной температуры тела в течение 1-3 недель.

Кашель носил малопродуктивный, часто приступообразный характер или вообще отсутствовал. Изменение поведения выражались в нарушении ритма сна и бодрствования; снижался аппетит, уплощалась весовая кривая. Симптомы интоксикации были выражены незначительно.

Аускультативная картина в легких варьировала от жесткого или ослабленного дыхания до влажных разнокалиберных хрипов, крепитации. У восьми детей (8%) дыхательная недостаточность отсутствовала, в 37% случаев отмечалась дыхательная недостаточность I степени.

Клинические изменения со стороны сердца были выражены нерезко: у большинства детей определялась умеренная тахикардия, а в единичных случаях - брадикардия.

Следует подчеркнуть частую встречаемость в анамнезе у матерей инфекций, передающихся половым путем (хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз).

Третью группу составляли дети, поступавшие в стационар для дообследования в связи с выявленными при профилактическом обследовании воспалительными изменениями в анализах крови.

Матери жалоб на изменение самочувствия детей не предъявляли. Температура тела оставалась нормальной. Отсутствовали признаки интоксикации, дыхательной, сердечно-сосудистой недостаточности.

В результате диагностического поиска при исключении других возможных очагов инфекционного воспаления выявлялись очаговые инфильтративные изменения в легких, которые носили, как правило, двухсторонний характер.

Таким образом, анализ клинических особенностей течения пневмонии у детей раннего возраста позволил выделить три варианта течения заболевания.

Учитывая клинический вариант течения, можно предположить длительность пребывания пациента в стационаре, тяжесть процесса и возможные осложнения. Это позволит подойти дифференцированно к назначению этиотропной, симптоматической, иммуномодулирующей терапии и разработке реабилитационных мероприятий.